

Acuerdo Personal del Extractor de Leche



Uso exclusivo de WIC

Fecha de emisión: _____ N.º de identificación familiar (FID): _____
Tipo de extractor Eléctrico Manual Otro: _____ N.º/Agencia de WIC: _____
Marca: _____ N.º/Clinica de WIC: _____
N.º de serie/etiqueta del extractor: _____ Teléfono de WIC: _____
N.º de foco del extractor: _____ Fax de WIC: _____

El Programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC) de Iowa acuerda entregar un extractor de leche personal para:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/C. P.: _____
Teléfono celular: _____ Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____
Motivo de emisión: _____

Términos:

- El uso del extractor de leche es solo para mí. El extractor no se puede compartir con nadie debido a consideraciones relacionadas con la salud y la seguridad.
- No comercializaré, venderé, transferiré o intercambiaré este extractor de leche, ni intentaré comercializar, vender, transferir o intercambiar este extractor de leche. No permitiré que ninguna otra persona comercialice, venda, transfiera o intercambie este extractor de leche, ni intentaré comercializar, vender, transferir o intercambiar este extractor de leche.
- Informaré de inmediato cualquier problema con el extractor a la agencia de WIC.
- Me han mostrado cómo operar y cuidar este extractor y entiendo cómo usarlo.
- Entiendo que el Programa de WIC, sus empleados y el Departamento de Salud Pública de Iowa (Iowa Department of Public Health) no son responsables de ningún daño personal causado por el uso de este extractor de leche. La responsabilidad del extractor y su uso es solo mía.

Firma del participante

Fecha

Firma del personal autorizado de WIC

Fecha